

甲良町補聴器購入費助成事業 医師意見書

対象者	住 所	滋賀県犬上郡甲良町大字		
	氏 名		生年月日	年 月 日
病 名				
聴 力	右	dB	・	左 dB
処 方	補聴器の要否	右（要・否）		左（要・否）
		※両耳に必要な場合は、その理由		
	補聴器の種類	<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳掛け型 <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<p>上記のとおり、補聴器の使用が必要であることを認める。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 _____</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">医師の署名又は記名押印 _____</p>				